



RHODE ISLAND DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES

77 DORRANCE STREET, PROVIDENCE, RI 02903

WWW.CSE.RI.GOV ● (401) 458 - 4400

SOLICITUD DE MOCIÓN DE ALIVIO PARA PADRE SIN-CUSTODIA

SOLICITUD DE MOCIÓN DE ALIVIO PARA PADRE SIN-CUSTODIA – RESIDENTE DE RHODE ISLAND

AL COMPLETAR ESTE FORMULARIO, USTED SOLICITA QUE LA OFICINA DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS (OCSS) ARCHIVE LA DOCUMENTACIÓN LLAMADA MOCIÓN DE ALIVIO, PARA DISMINUIR O SUSPENDER SU ORDEN DE SOPORTE, USTED ESTÁ SOLICITANDO UNA FECHA A LA CORTE, A LA QUE DEBE APARECER, SEA EN LA FECHA FIJADA.

■ OCSS SÓLO LE PUEDE AYUDAR SI EL CASO ES QUE ESTÁ EN NUESTROS CASOS DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS Y SI NO HAY OTRAS MOCCIONES PENDIENTES.

■ SE LE NOTIFICARÁ SI LA SOLICITUD ES RECHAZADA. SI ES RECHAZADA, POR SUPUESTO PUEDE PRESENTAR LA MOCIÓN POR SU CUENTA EN CUALQUIER MOMENTO. HAY MOCCIONES EN EL TRIBUNAL DE FAMILIA DE RI O EN NUESTRO SITIO WEB EN WWW.CSE.RI.GOV.

■ ABOGADO DE ESTA AGENCIA NO LO REPRESENTA LEGALMENTE, SIN IMPORTAR SI PRESENTA LA MOCIÓN O PRESENTÓ POR SU CUENTA NI REPRESENTAN AL PADRE. SE LE PEDIRÁ PRESENTAR SU CASO ANTE EL JUEZ/MAGISTRADO O RETENER ASESOR LEGAL PARA PRSENTAR SU CASO EN LA FECHA DE LA AUDENCIA.

■ SE ENVIARÁ UNA COPIA DE LA PROPUESTA Y UN AVISO DE LA FECHA, LUGAR Y HORA CUANDO LA AUDENCIA ES PROGRAMADA. SI NO APARECE, O EL PADRE CON CUSTODIA NO APARECE NO SIRVE, NO SE PUEDE ESCUCHAR EL CASO.

■ UNA HOJA DE INGRESOS Y GASTOS LLAMADA **OCSS-1** SE LE ENVIARÁ JUNTO CON UNA COPIA DE SU PROPUESTA. POR FAVOR LLENE EL FORMULARIO COMPLETAMENTE Y TRÁIGALO CON USTED A SU FECHA DE CORTE. EL TRIBUNAL CONTARÁ CON ESTE FORMULARIO, ASI COMO SU TESTIMONIO EN LA TOMA DE DECISIÓN.

CON EL FIN DE PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN, SE NECESITA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. POR FAVOR LLENAR UN FORMULARIO PARA CADA CASO.

Fecha de hoy:

Nombre del padre sin-custodia:

nombre

Segundo nombre

apellido

Sr., Jr., III, etc.

Dirección del padre sin-custodia:

numero de casa

nombre de calle

cuidad/estado/código postal

país

Número de seguro social del padre sin custodia:

Numero de Celular:

Nombre y dirección del empleador o proporcionar la Fuente de ingresos:

Nombre del padre con custodia:

Dirección del padre con custodia (si la sabe):

numero de casa

nombre de la calle

cuidad/estado/código postal

país

Nombre de el Niño/Niños:

Numero de caso or Docket No. (Acción Civil Numero de archive):

Para la corte considerer su propuesta para disminuir o terminar su orden, La corte nesecita saber la razòn. Por favor explique por què usted està solicitando una disminuciòn o suspension de la orden judicial.

Pèrdida de empleo

Trabaja menos horas

Reconciliaciòn con el padre con custodia

Pèrdida de cobertura mèdica

Niño ya no està con el otro padre

Encarcelamiento; fecha prevista de salida _____

Otros (expicar – en las lìnès proporcionadas)

Necesita ayuda con otros problemas y servicios? En caso afirmativo describa los servicios que necesita:

Si tenemos Que Ponernos En Contacto Con Usted, Para Hacerle Preguntas, Cuàl es el mayor momento y el mejor numero para llegar a usted?

Al firmar, autorizo la OCSS para presentar mi Mociòn de Alivio en mi nombre y certifico que he leído el aviso y renuncia con respecto a la representaciòn legal.

Entiendo que los oficios del departamento de servicios humanos-oficina de servicios de manutenciòn de niños (ocss) no son mi abogodos y no me representan, aunque pueda beneficiarse del trabajo de estos abogados. Entiendo que el ùnico cliente de ocss el consejo legal es el estado de rhode island. Porque no tengo una relaciòn de abogado/cliente con el consejo legal de ocss, cualquier informaciòn que comparte con ocss o sus abogados no es privilegiada o confidencial, excepto como de otra manera proporcionada por la ley. Tambièn significa que ocss puede ofrecer servicios al otro padre de mi niño o otra persona, agencia o departamento que tiene custodia/posesiòn fisica de mi higo y en necesidad de los servicios de la agencia.

FIRMA/FECHA

POR FAVOR PRSENTE EL FORMULARIO COMPLETADO A: OFICINA DE SERVICIOS DE MANUTENCIÒN DE NIÑOS

OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
COMMUNITY OUTREACH LIAISON
ATENCIÒN: CHALECHIA CAMPINHA
77 DORRANCE STREET
PROVIDENCE, RI 02903

PARA RESPUESTAS A PREGUNTAS O PARA OBTENER MÀS INFORMACIÒN, CONTACTE A CHALECHIA CAMPINHA, AL:

PHONE: (401) 458-4425

FAX: (401) 458-4465

CORREO ELECTRÒNICO: CHALECHIA.CAMPINHA@DHS.RI.GOV

OFFICE USE ONLY: DATE RECEIVED: _____